

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA Ny M.S
DENGAN DIAGNOSA MEDIK STROKE HEMORAGIK DI RUANGAN
INSTALASI GAWAT DARURATRSUD Prof. Dr.W.Z. JOHANNES
KUPANG TAHUN 2019”**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program pendidikan Diploma III Keperawatan Pada
Program
Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**AMANDA MONEMNASI
NIM.PO5303201181159**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN JURUSAN
KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

2019

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHANKEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA Ny M.SDENGAN
DIAGNOSA MEDIK STROKE HEMORAGIK DI RUANGAN INSTALASI
GAWAT DARURATRSUD Prof. Dr.W.Z. JOHANNES KUPANG”**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Studi Pada Program Studi Diploma III Keperawatan
dan Mendapatkan Gelar Ahli Madya Keperawatan
Melalui Program Rokognisi Pembelajaran Lampau (RPL)**



**AMANDA MONEMNASI
NIM.PO5303201181159**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATANJURUSAN
KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

2019

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh AMANDA MONEMNASI, Nim :
PO5303201181159 dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT
DARURAT PADA Ny M.S DENGAN DIAGNOSA MEDIK STROKE
HEMORAGIK DI RUANGAN INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD Prof.
Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG TAHUN 2019" TELAH DI PERIKSA DAN DI
SETUJUI UNTUK DI UJIKAN

Disusun Oleh :



AMANDA MONEMNASI

NIM. PO5303201181159

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi
D- III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Pada Tanggal, 22 Juli 2019

Pembimbing



Fransiskus S, Onggang, S.Kep, Ns., MSc

NIP. 196212311989031039

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHANKEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA Ny.M.S
DENGAN DIAGNOSA MEDIK STROKE HEMORAGIK DI RUANGAN
INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD Prof. Dr.W.Z. JOHANNES
KUPANG TAHUN 2019”**

Disusun Oleh :



**AMANDA MONEMNASI
NIM.PO5303201181159**

Telah Diuji Pada Tanggal, 22Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I



**Domingos Gonsalves S.Kep.Ns,M.Sc
NIP. 197108061992031001**

Penguji II



**Fransiskus S. Onggang, S.Kep.Ns.MSc
NIP. 19690226 1991011 001**

**Mengesahkan
Ketua Jurusan keperawatan**



**Dr. Florentianus Tat, S. Kp., M.Kes
NIP. 19691128 199303 1 005**

**Mengetahui
Ketua Prodi DIII Keperawatan**



**Margaretha Teli, S.Kep.Ns., MSc,PH
NIP. 19770727 200003 2 002**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Amanda Monemnasi
NIM : PO5303201181159
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Politektik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat buktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 22 Juli 2019

Pembuat Pernyataan



Amanda Monemnasi
Nim.PO5303201181159

Mengetahui
Pembimbing



Fransiskus S, Onggang, S.Kep,Ns, MSc
NIP. 196212311989031039

BIODATA PENULIS

Nama : Amanda Monemnasi
Tempat Tanggal Lahir : Usapinaek 06 Februari 1980
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Kaubele
Riwayat Pendidikan :
1. Tamat SD NII(1992)
3. Tamat SMP Mimbar Budhi Manufui(1996)
4. SPK Atambua kelas paralel kupang (1999)
5. Sejak Tahun 2018 kelas Rekognisi Pembelajaran
Lampau Di Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan
Keperawatan.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan ke Hadirat Tuhan yang Maha Esa karena atas Rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul Studi kasus “Asuhan keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien dengan Stroke Hemoragik Di Ruang Instalasi Gawat Darurat di RSUD Prof.W.Z.Johannes Kupang Tahun 2019” dengan baik.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan karya tulis ini dengan baik, secara khusus penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Fransiskus S. Onggang, S.Kep.Ns.MSc selaku dosen pembimbing dan penguji II yang telah membimbing dan banyak memberikan masukan bagi penulis dalam menyusun Studi kasus ini
2. Bapak Domingos Gonsalves S.Kep.Ns,M.Sc selaku dosen penguji I yang telah memberikan banyak masukan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi kasus.
3. Ibu Yosefina Somi Beluan,S.Kep.Ns selaku Kepala ruangan yang telah memberikan banyak masukan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi kasus.
4. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Ibu R.H. Kristina, SKM, M.Kes.
5. Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang Bapak Dr. Florentianus Tat, SKp, M.Kes
6. Ketua Prodi D-III jurusan Keperawatan Ibu Margaretha Teli, S.Kep,Ns., MSc-PH
7. Segenap dosen Poltekkes Kemenkes Kupang beserta staf Jurusan Keperawatan yang selama ini telah mengajar, membimbing dan memberikan motivasi dalam penulisan Studi kasus ini.

8. Bagi kedua orang tua tercinta, Bapa Yohanes Taek dan Mama Theresia Eli Alm dan kakak tercinta, kakak Fandi Ibrahim dan kakak Sam Ibrahim yang telah memberikan dukungan doa, biaya, dan nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan Studi kasus ini.
9. Suami tercinta Marselinus Sikas dan Febonia Sikas, Cresensia P. Sikas, Paula H. Sikas, Aditio Sikas yang telah memberikan motivasi, mendukung dalam doa dan usaha, serta selalu menemani dalam menyelesaikan Studi kasus ini.
10. Bagi teman-teman seperjuangan RPL yang telah memberikan semangat bagi penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan studi kasus ini.

Semoga Tuhan selalu memberkati, menyertai dan membalas kebaikan semua pihak yang telah membantu memberikan kesempatan, motivasi, dan dukungan dalam proses penyelesaian penulisan karya tulis ilmiah ini. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, namun semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Kupang, 22 Juli 2019

Penulis

**STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA
Ny M.S DENGAN DIAGNOSA MEDIK STROKE HEMORAGIK DI
RUANGAN INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD Prof. Dr. W.Z.
JOHANNES KUPANG TAHUN 2019”**

Nama : Amanda Monemnasi

NIM : PO5303201181159

ABSTRAK

Stroke merupakan penyakit gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya aliran darah ke otak karena, perdarahan dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat dan atau kematian.

Tujuan studi kasus ini adalah untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik meliputi pengkajian, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Metode studi kasus ini menggunakan metode pendekatan dengan wawancara, pemeriksaan fisik yang berfokus pada data.

Hasil studi kasus ini adalah pengkajian yang didapatkan pada kasus ini didapatkan hasil pengkajian keluhan utama Ny. M. mengatakan ekstremitas mengalami hemiparesis dan sulit untuk berbicara. Diagnosis keperawatan yang ditegakkan yaitu: hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf pusat dan ketidakefektifan bersihan jalan nafas. Intervensi keperawatan yang diambil hambatan mobilitas fisik, diambil pergerakan. *Nursing Outcome Class* yang diambil yaitu pengaturan posisi dan monitor neurologi, hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan perubahan pada sistem saraf pusat, *Nursing Outcome Class* yang diambil yaitu pengaturan posisi dan monitor neurologi, hambatan yang diambil yaitu: komunikasi. *Nursing Intervention Class* yang diambil yaitu: peningkatan komunikasi, dan ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus yang berlebihan *Nursing Outcome Class* yang diambil yaitu: status pernafasan. *Nursing Outcome Class* yang diambil yaitu: manajemen jalan nafas. Semua implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang disusun. mulai dari pengaturan posisi, monitor neurologi, peningkatan komunikasi sampai pada manajemen jalan nafas. Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada pasien Ny M. S merujuk masalah keperawatan belum teratasi.

Kesimpulan dari studi kasus ini adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan, pengkajian, menganalisa data, menyimpulkan diagnosa, merencanakan tindakan, dan mengevaluasi pada pasien dengan masalah stroke hemoragik selama satu hari belum teratasi dengan baik sehingga perlu dilakukan tindak lanjut dan penanganan sesuai asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik.

Kata kunci: Studi kasus, Asuhan keperawatan kegawatdaruratan, Stroke hemoragik

DAFTAR ISI

| | <i>Halaman</i> |
|---------------------------------------|----------------|
| HALAMAN DEPAN | |
| HALAMAN SAMPUL DALAM | |
| LEMBARPERSETUJUAN..... | i |
| LEMBAR PENGESAHAN..... | ii |
| PERNYATAAN KEASLIHAN TULISAN..... | iii |
| BIODATAPENULIS..... | iv |
| KATA PENGANTAR..... | v |
| ABSTRAK..... | vii |
| DAFTAR ISI..... | viii |
| BAB I PENDAHULUAN..... | 1 |
| 1.1 Latar Belakang Masalah..... | 1 |
| 1.2 Tujuan..... | 3 |
| 1.3 Manfaat..... | 4 |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | |
| 2.1.Konsep Dasar Penyakit Stroke..... | 5 |
| 2.1.1Pengertian..... | 5 |
| 2.1.2.Etiologi..... | 5 |
| 2.1.3.Patofisiologi..... | 6 |
| 2.1.4. Manifestasi klinik..... | 9 |
| 2.1.5. Pemeriksaan Penunjang..... | 9 |
| 2.1.6. Penatalaksanaan..... | 10 |
| 2.2. Konsep Asuhan Keperawatan..... | 12 |
| 2.2.1. Pengkajian..... | 12 |
| 2.2.2. Diagnosis Keperawatan..... | 16 |
| 2.2.3. Intervensi Keperawatan..... | 16 |
| 2.3.4. Implementasi Keperawatan..... | 20 |
| 2.3.5. Evaluasi..... | 21 |

BAB III STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

| | |
|--------------------------------------|----|
| 3.1 Hasil studi kasus..... | 22 |
| 3.1.1 | |
| Pengkajian..... | 22 |
| 3.1.2 Diagnosa Keperawatan..... | 24 |
| 3.1.3 Intervensi Keperawatan..... | 25 |
| 3.1.4 Impelementasi Keperawatan..... | 27 |
| 3.1.5 Evaluasi Keperawatan..... | 28 |
| 3.2. | |
| Pembahasan..... | 29 |
| 3.1.1 | |
| Pengkajian..... | 29 |
| 3.1.2 Diagnosa Keperawatan..... | 30 |
| 3.1.3 Intervensi Keperawatan..... | 32 |
| 3.1.4 Impelementasi Keperawatan..... | 35 |
| 3.1.5 Evaluasi Keperawatan..... | 36 |
| 3.3 Keterbatasan Studi Kasus..... | 38 |
| BAB IV PENUTUP | |
| 4.1 | |
| Kesimpulan..... | 39 |
| 4.2 | |
| Saran..... | 40 |
| Daftar Pustaka | 41 |
| Lampiran..... | 42 |

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Format Asuhan Keperawatan (Pengkajian Sampai evaluasi)

Lampiran 2. Jadwal Kegiatan

Lampiran 3. Lembar Konsul

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Stroke atau *Cerebro Vaskuler Ascident* adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke otak. Stroke adalah penyakit pada otak berupa gangguan fungsi saraf serebral yang munculnya mendadak, progresif, dan cepat. Gangguan fungsi saraf pada stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. Gangguan saraf tersebut menimbulkan gejala antara lain kelumpuhan wajah atau anggota badan, bicara tidak lancar, bicara tidak jelas, bisa menimbulkan perubahan kesadaran, gangguan penglihatan, dan lain-lain. (Sylvia, 2012).

Stroke merupakan masalah neurologik primer di Amerika Serikat dan dunia, meskipun upaya pencegahan telah menimbulkan penurunan pada insiden dalam beberapa tahun terakhir. Stroke merupakan peringkat ketiga penyebab kematian, dengan laju mortalitas 18% sampai 37% untuk stroke pertama dan sebesar 62% untuk stroke selanjutnya. Dua juta orang bertahan hidup dari stroke yang mempunyai beberapa kecacatan (Arif, 2014).

Stroke merupakan salah satu masalah gangguan neurologi yang ditemukan pada data Riskesdas Kemenkes RI tahun 2018 menunjukkan proporsi Nusa Tenggara Timur berada pada posisi ke 12 dengan angka 12,1% per 1000 penduduk (Kemenkes, 2018).

Keadaan pasien dengan Stroke hemoragik yang berada dalam kondisi gawat darurat, peran perawat sangatlah penting. Perawat Instalasi Gawat Darurat dituntut untuk selalu menjalankan perannya diberbagai situasi dan kondisi yang meliputi tindakan penyelamatan pasien secara profesional khususnya penanganan pada pasien dengan gawat darurat. sebagai pelaku atau pemberi asuhan keperawatan perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan pada pasien stroke hemoragik secara langsung atau tidak langsung kepada pasien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Penanganan di Instalasi Gawat Darurat menggunakan suatu ketrampilan yang

disebut *triase* yang merupakan salah satu ketrampilan perawat yang harus dimiliki oleh perawat unit gawat darurat.(Elisabeth, 2011). Sistem *triase* ini berdasarkan level kegawatan berfungsi lebih dari sekedar alat untuk mengukur level kegawatan pasien akan tetapi sistem ini berfungsi sebagai bahasa, standar komunikasi untuk menginformasikan level kegawatan pasien di Instalasi Gawat Darurat. Pada stroke hemoragik triase dikategorikan pasien yang prioritas ditangani. (Sylvia, 2012) dan (Elisabeth, 2011).

Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis tertarik untuk mengambil kasus dengan judul: “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan stroke Hemoragik di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang”

1.2 Tujuan Studi Kasus

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien Ny M.S dengan diagnosa medis Stroke Hemoragik.

1.2.2 Tujuan Khusus

- 1.2.2.1 Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien Ny. M.S diagnosa Stroke Hemoragik.
- 1.2.2.2 Melakukan analisa data pada pasien Ny. M.S dengan diagnosa Stroke Hemoragik.
- 1.2.2.3 Menegakan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. M.S dengan diagnosa medis Stroke Hemoragik.
- 1.2.2.4 Menyusun rencana keperawatan pada pasien Ny. M.S dengan diagnosa medis Stroke Hemoragik.
- 1.2.2.5 Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien Ny. M.S dengan diagnosa medis Stroke Hemoragik.
- 1.2.2.6 Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien Ny. M.S dengan diagnosa medis Stroke Hemoragik.
- 1.2.2.7 Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien Ny. M.S dengan diagnosa medis Stroke Hemoragik.

1.3 Manfaat Studi kasus

1.3.1 Manfaat Bagi Penulis

Diharapkan sebagai bahan tambahan pengetahuan dan membandingkan antara teori yang didapat selama perkuliahan dengan praktik ketrampilan dan pengalaman untuk pengembangan ilmu keperawatan gawat darurat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik di RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

1.3.2 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Untuk bahan masukan dalam kegiatan proses belajar tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik yang dapat digunakan sebagai acuan praktek bagi mahasiswa keperawatan.

1.3.3 Manfaat Bagi Rumah Sakit

Sebagai masukan bagi institusi rumah sakit agar memberikan motivasi perawat gawat darurat dalam melakukan perawatan yaitu dengan tindakan pertolongan pertama bagi pasien yang mengalami kondisi kritis atau gawat dengan tujuan untuk mempertahankan keselamatan pasien dan peningkatan pelayanan kesehatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik di RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit Stroke

2.1.1 Pengertian

Stroke atau *Cerebro Vaskuler Ascident* adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak. (Andra W & Yessie P, 2013). Stroke merupakan gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologik mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragik sirkulasi saraf otak. (Arif, 2014).

2.1.2 Etiologi

Penyebab Stroke dibedakan dalam dua jenis stroke, yaitu: stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke iskemik (hemoragik) yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti, 80% stroke iskemik. Stroke iskemik ini dibagi menjadi 3 jenis yaitu: Stroke trombotik: proses terbentuknya trombus yang membuat penggumpalan; Stroke embolik: tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah; Hipoperfusi sistemik: berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung. Stroke iskemik juga dapat menyebabkan Subdural hematoma (Brain Hematoma) atau juga disebut perdarahan subdural adalah kondisi di mana darah menumpuk di antara 2 lapisan di otak: lapisan arachnoidal dan lapisan dura atau meningeal. Kondisi ini dapat menjadi akut terjadi tiba-tiba, atau kronis muncul dengan perlahan. Hematoma (kumpulan darah) yang sangat besar atau akut dapat menyebabkan tekanan tinggi di dalam tengkorak. Akibatnya dapat terjadi kompresi dan kerusakan pada jaringan otak. Kondisi ini dapat membahayakan nyawa.

Stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak. Hampir 70% kasus stroke hemoragik terjadi pada penderita hipertensi. Stroke hemoragik ada 2 jenis yaitu: hemoragik intraserebral: pendarahan yang terjadi di dalam jaringan otak; hemoragik

subaraknoid: pendarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak).

Faktor-faktor yang menyebabkan stroke antara lain hipertensi, penyakit kardiovaskuler, kolesterol tinggi, obesitas, peningkatan hematokrit meningkatkan resiko infark serebral, diabetes dikaitkan dengan aterosclerosis terakserelasi, kontrasepsi oral (khususnya disertai dengan hipertensi, merokok, dan kadar estrogen tinggi), merokok, penyalahgunaan obat (khususnya kokain), konsumsi alkohol.(Andra W & Yessie P, 2013).

2.1.3 Patofisiologi

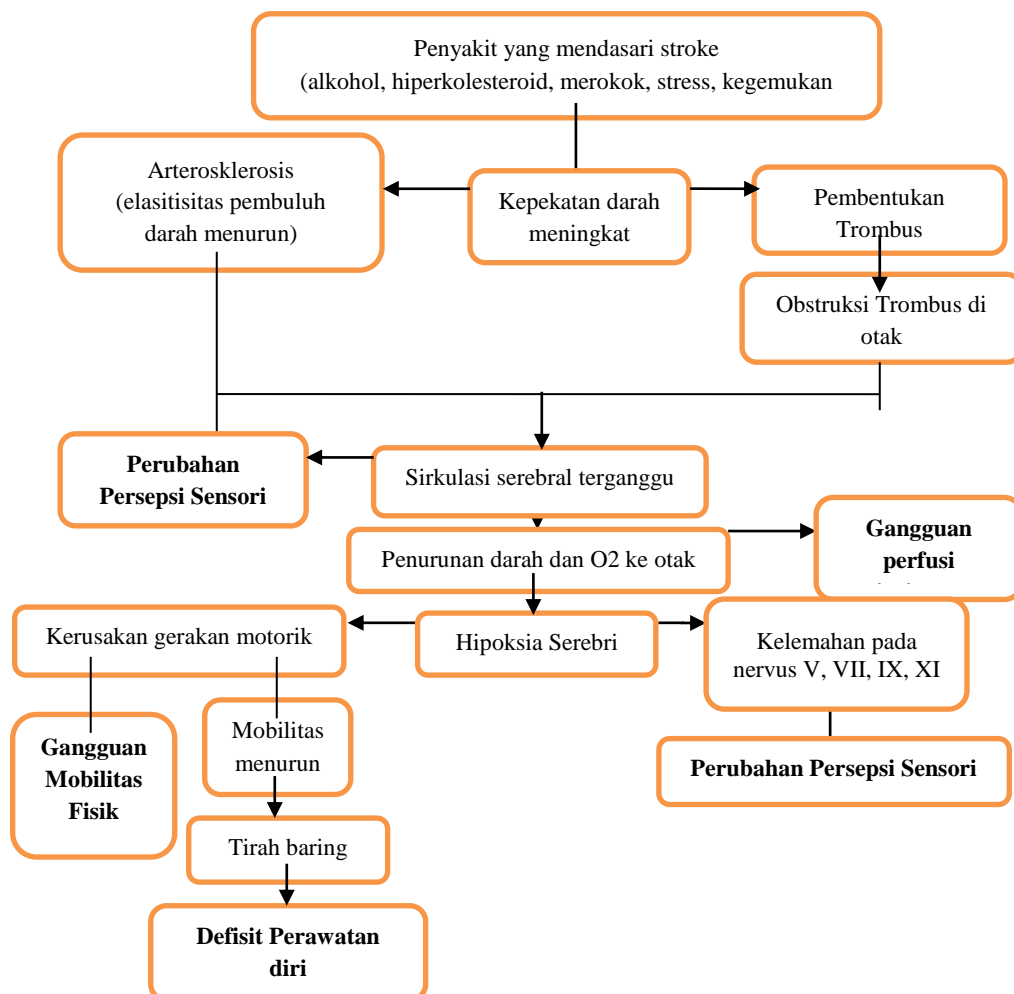
Trombosit merupakan penyebab stroke yang paling sering ditemukan 40% pada semua kasus stroke, biasanya ada kaitan dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis. Proses aterosklerosis ditandai oleh plak berlemak pada lapisan intima arteria serebra menjadi tipis dan berserabut, sedangkan sel-sel ototnya menghilang. Lamina elastika interna robek dan berjumbai, sehingga lumen pembuluh darah sebagian terisi oleh materi sklerotik. Tanda - tanda trombotik serebral bervariasi. Sakit kepala adalah awitan yang tidak umum, beberapa pasien dapat mengalami pusing, perubahan kognitif, atau kejang, dan beberapa mengalami awitan yang tidak dapat dibedakan dari hemoragik intraserebral atau embolisme serebral. Secara umum trombotik serebral tidak terjadi dengan tiba-tiba, dan kehilangan bicara sementara, hemiplegia, atau paralysis pada setengah tubuh dan mendahului awitan paralysis berat pada beberapa jam atau hari.

Embolisme termasuk urutan kedua sebagai penyebab stroke. Penderita embolisme biasanya lebih muda dibandingkan dengan penderita trombotik. Abnormalitas patologik pada jantung kiri, seperti endokarditis infeksi, penyakit jantung reumatik, Infark miokard, dan infeksi pulmonal, adalah tempat-tempat asal emboli. Pemasangan katup jantung prostetik dapat mencetuskan stroke, karena terdapat peningkatan insiden embolisme setelah prosedur ini. Embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah

atau cabang - cabangnya yang merusak sirkulasi serebral. Awitan hemiparesis atau hemiplegia tiba - tiba dengan atau tanpa afasia atau kehilangan kesadaran pada pasien dengan penyakit jantung atau pulmonal adalah karakteristik embolisme serebral.

Perdarahan serebri termasuk urutan ketiga dari semua penyebab utama kasus gangguan pembuluh darah (otak) dan merupakan sepersepuluh dari semua kasus penyakit ini. Perdarahan intrakranial biasanya disebabkan oleh ruptur arteri serebri. Ekstravasasi darah terjadi di daerah otak dan atau subaraknoid sehingga Jaringan yang terletak di dekatnya akan tergeser dan tertekan(Sylvia, 2012).

Pathway Stroke homeoragik :



Sumber : Sylvia, 2012.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi(pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, jumlah darah kolateral (sekunder atau aksesori).

Gejala klinis adalah sebagai berikut: kelumpuhan wajah atau anggota badan (hemiparesis) yang timbul mendadak; gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik); perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma); afasia (bicara tidak lancar, kurang ucapan, atau kesulitan memahami ucapan);disartia (bicara pelo atau cadel); gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) atau diplopia; ataksia (trunkal atau anggota badan); vertigo, mual, dan muntah atau nyeri kepala.(Arif, 2014).

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan radiologi antara lain:

1. *Computerized Tomography Scan*

Computerized Tomography Scan untuk menentukan jenis stroke, diameter perdarahan, lokasi, dan adanya edema otak.

2. *Magnetic Resonance Imaging*

Untuk menunjukkan area yang mengalami perdarahan.

3. Angiografi serebral

Untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisme atau malformasi vascular.

4. Elektroensefalografi

Untuk dapat menentukan lokasi stroke.

5. Foto thoraks

Untuk dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis. pemeriksaan laboratorium antara lain:

1. Pungsi lumbal

Untuk mengetahui jenis perdarahan atau warna liquor.

2. Pemeriksaan darah rutin lengkap dan trombosit

Pemeriksaan kimia darah (glukosa, elektrolit, ureum, dan keratin), masa protrombin, dan masa tromboplastin parsial: untuk dapat mengetahui kadar gula darah, apakah terjadi peningkatan dari batas normal atau tidak. Jika ada Indikasi lakukan test - test berikut ini: kadar alkohol, fungsi hati, gas darah arteri, dan skrining toksikologi.(Taufan N, 2011).

2.1.6 Penatalaksanaan

2.1.6.1 Fase akut

Pasien yang koma pada saat masuk rumah sakit mempunyai prognosis buruk, sebaliknya pasien yang sadar penuh mempunyai hasil yang lebih baik. Fase akut biasanya berakhir 48 sampai 72 jam. Untuk merawat keadaan akut perlu diperhatikan faktor - faktor kritis sebagai berikut: Menstabilkan tanda - tanda vital; Mempertahankan saluran napas; Kendalikan tekanan darah sesuai dengan keadaan masing-masing individu, termasuk usaha untuk memperbaiki hipotensi maupun hipertensi; Deteksi dan memperbaiki aritmia jantung; Merawat Kandung kemih. Sedapat mungkin jangan memasang kateter tinggal, cara ini telah diganti dengan kateterisasi “cellar masuk” setiap 4 sampai 6 jam; Menempatkan posisi penderita dengan baik secepat mungkin; Pasien ditempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena sereral berkurang; Penderita harus dibalik setiap jam dan latihan gerakan pasif setiap 2 jam; Dalam beberapa hari dianjurkan untuk dilakukan gerakan pasif penuh sebanyak 50 kali perhari: tindakan ini perlu untuk mencegah tekanan pada daerah tertentu dan untuk mencegah kontraktur terutama pada bahu, siku, dan mata kaki(Taufan N, 2011).

2.1.6.2 Penatalaksanaan Non Bedah

Tindakan medis terhadap pasien stroke meliputi diuretik untuk menurunkan edema serebral, antikoagulan untuk mencegah terjadi atau memberatnya trombosis atau embolisis, obat anti hipertensi berikan jika pasien dengan riwayat hipertensi(Taufan N, 2011).

2.1.6.3 Penatalaksanaan Bedah

Untuk melakukan pembedahan pada penderita stroke sulit sekali untuk menentukan penderita mana yang menguntungkan untuk dibedah. Tujuan utama pembedahan adalah untuk memperbaiki aliran darah serebral(Taufan N, 2011).

2.2 Konsep asuhan keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses dimana kegiatan yang dilakukan yaitu: mengumpulkan data, mengelompokkan data dan menganalisa data. Data fokus yang berhubungan dengan stroke meliputi adanya tingkat kesadaran, gerakan mata horizontal, lapang pandang, *facial palsy*, fungsi motorik lengan dan kaki, sensasi, bahasa dan bicara, pengabaian dan tidak perhatian (Sylvia 2012).

Adapun proses pengkajian gawat darurat yaitu pengkajian primer (primary assessment). Primary assessment dengan data subjektif yang didapatkan yaitu keluhan utama: kelemahan ekstremitas, gangguan bicara, peningkatan tekanan darah, perubahan sensasi dan cara bicara. Keluhan penyakit saat ini: mekanisme terjadinya. Riwayat penyakit terdahulu: adanya penyakit saraf atau riwayat cedera sebelumnya dan darah tinggi, kebiasaan minum alkohol, konsumsi medikasi antikoagulant atau agen antiplatelet, adanya alergi, dan status imunisasi(Andra W & Yessie P, 2001). Data objektif: 1).*Airway*Adanya perubahan pola napas (apnea yang diselingi oleh hiperventilasi). Napas berbunyi stridor, ronchi, mengi positif (kemungkinan karena aspirasi). 2).*Breathing* Dilakukan auskultasi dada terdengar stridor atau ronchi atau mengi, pernapasan diatas dua puluh empat kali per menit.3)*Circulation* Adanya perubahan tekanan darah atau normal (hipertensi), perubahan frekuensi jantung (bradikardi, takikardi yang diselingi dengan bradikardi disritmia). 4).*Disability* . Adanya lemah atau letargi, lelah, kaku, hilang keseimbangan, perubahan kasadaran bisa sampai koma (Andra W & Yessie P, 2013).Pengkajian sekunder terdiri dari keluhan utama yaitu,

adanya penurunan kesadaran, penurunan pergerakan, perubahan sensasi, perubahan fungsi motorik lengan dan kaki. Riwayat sosial dan medis yaitu, riwayat penggunaan dan penyalagunaan alkohol dan riwayat darah tinggi tak terkontrol. pada pola aktifitas didapatkan adanya kelemahan samapi paralisis. Pada sirkulasi adanya peningkatan darah tinggi, adanya perubahan pola eliminasi urin dan vokal, penurunan nafsu makan mual, muntah dan susah menelan, dan adanya gangguan interaksi bicara.pengobatan sebelum masuk Instalasi Gawat Darurat yaitu mengidentifikasi penggunaan obat-obatan buatan rumah, perubahan pada diet, penggunaan obat yang dijual bebas. Nyeri yaitu catat riwayat dan durasi nyeri dan gunakan metode pengkajian nyeri yaitu PQRST. Faktor pencetus (P: *Provocate*), Kualitas (Q: *Quality*), Lokasi (R: *Region*), Keparahan(S: *Sever*) dan durasi (T: *Time*)(Andra W & Yessie P, 2013).

Setelah melakukan pengkajian Primer dan sekunder selanjutnya melakukan pemeriksaan fisik. Pemeriksaan ini meliputi: pertama, pemeriksaan tingkat kesadaran sebagai indikator yang paling awal dan paling dapat dipercaya dari perubahan status dan keadaan neurologis, juga pemeriksaan peningkatan Tekanan Intra Kranial, ditandai dengan sakit kepala berlebihan, muntah proyektil dan papil edema dan pemeriksaan skala kekuatan otot diukur dengan (0) kontraksi otot tidak terdeteksi, (1) Kejapan yang hamper tidak terdeteksi atau bekas kontraksi dengan observasi atau palpasi,(2)Pergerakan aktif bagian tubuh dengan mengeliminasi gravitasi,(3) Pergerakan aktif hanya melawan gravitasi dan tidak melawan tahanan, (4) Pergerakan aktif melawan gravitasi dan sedikit tahanan (5) Pergerakan aktif melawan tahana penuh tanpa adanya kelelahan otot (kekuatan otot normal. Kedua, pengkajian *responsiveness* (kemampuan untuk bereaksi) pengkajian menggunakan level kesadaran kuantitatif yaitu Compos Mentis(*conscious*), yaitu kesadaran normal, sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya. Apatis, yaitu keadaan kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh.Delirium, yaitu

gelisah, disorientasi (orang, tempat, waktu), memberontak, berteriak-teriak, berhalusinasi, kadang berhayal. Somnolen (Obtundasi, Letargi), yaitu kesadaran menurun, respon psikomotor yang lambat, mudah tertidur, namun kesadaran dapat pulih bila dirangsang (mudah dibangunkan) tetapi jatuh tertidur lagi, mampu memberi jawaban verbal. Stupor (*stupor koma*), yaitu keadaan seperti tertidur lelap, tetapi ada respon terhadap nyeri. Coma (*comatose*), yaitu tidak bisa dibangunkan, tidak ada respon terhadap rangsangan apapun (tidak ada respon kornea maupun reflek muntah, mungkin juga tidak ada respon pupil terhadap cahaya), dengan menggunakan *Glasgow Coma Scal*, Respon pasien yang perlu diperhatikan mencakup 3 hal yaitu reaksi membuka mata, bicara dan motorik. Hasil pemeriksaan dinyatakan dalam derajat (score) dengan rentang angka 1-6 tergantung responnya. *Eye* (respon membuka mata), (4): spontan, (3) dengan rangsang suara (suruh pasien membuka mata), (2) dengan rangsang nyeri (berikan rangsangan nyeri, misalnya menekan kuku jari), (1) tidak ada respon. *Verbal* (respon verbal), (5) orientasi baik, (4) bingung, berbicara mengacau (sering bertanya berulang-ulang) disorientasi tempat dan waktu, (3) kata-kata saja (berbicara tidak jelas, tapi kata-kata masih jelas, namun tidak dalam satu kalimat), (2) suara tanpa arti (mengerang), (1) tidak ada respon. *Motor* (respon motorik), (6) mengikuti perintah, (5) melokalisasi nyeri (menjangkau & menjauhkan stimulus saat diberi rangsang nyeri), (4) *withdraws* (menghindar atau menarik extremitas atau tubuh menjauhi stimulus saat diberi rangsang nyeri), (3) fleksi abnormal (tangan satu atau keduanya posisi kaku diatas dada & kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri), (2) ekstensi abnormal (tangan satu atau keduanya ekstensi di sisi tubuh, dengan jari mengepal & kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri). (1) tidak ada respon. Ketiga pengkajian status mental dimana alat yang biasa paling sering digunakan untuk mengkaji fungsi kognitif adalah *Mini-Mental State Examination*. Keempat, pengkajian saraf kranial. 1) *olfactory* berfungsi pada

penciuman. 2) *optic* berfungsi pada penglihatan, 3) *oculomotor* berfungsi pada mengangkat kelopak mata atas, konstriksi pupil, pergerakan ekstraokular, 4) *Trochlear* berfungsi pada gerakan mata ke bawah dan ke dalam, 5) *Trigeminal* berfungsi pada mengunyah, mengatupkan rahang, gerakan rahang lateral, reflex kornea, sensasi wajah, 6) *Abducens* berfungsi pada deviasi mata lateral, 7) *facial* berfungsi pada gerakan wajah, perasa, lakrimasi, dan saliva, 8) *vestibulocochlear* berfungsi keseimbangan, pendengaran, 9) *glossopharyngeal* berfungsi pada menelan, gag refleks, perasa pada lidah belakang, 10) *vagus* berfungsi pada menelan, gag refleks, viscera abdominal, fonasi, 11) *spinal accessory* berfungsi pada gerakan kepala dan bahu, dan terakhir *hypoglossal* berfungsi pada gerakan lidah (Andra W & Yessie P, 2013).

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang muncul menurut *North American Nursing Diagnosa Association*, 2015-2017 (T.H. Herdman, Nic Noc 2015) yaitu: 1) Perubahan perfusi jaringan serebral yang berhubungan dengan gangguan oklusi, hemoragik, faso spasme serebral, dan edema serebral, 2) Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan keterlibatan neurotransmitter, kelemahan dan paralisis, 3) Kerusakan komunikasi verbal dan tertulis berhubungan dengan kerusakan neuro transmitter, kehilangan tonus, kerusakan dan sirkulasi serebral, 4) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan penurunan intake peroral dan penurunan kesadaran, 5) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler, penurunan kekuatan dan ketahanan, dan kehilangan kontrol, dan koordinasi otot dan nyeri.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi berdasarkan *Nursing Intervention Classification* dan *Nursing Outcome Clasifications*, 2016 adalah: 1) Perubahan perfusi jaringan serebral yang berhubungan dengan gangguan oklusi, haemoragik, faso spasme serebral, dan edema serebral. Goal: Pasien akan mempertahankan perfusi jaringan serebral yang adekuat selama dalam

perawatan. Objektif: Dalam jangka waktu satu kali dua puluh empat jam perawatan pasien akan menunjukkan *outcomes*: Status sirkulasi (0401), perfusi jaringan serebral (0406), status neurologis (0909). Intervensi: 1) monitoring peningkatan tekanan intra kranial, 2) monitor neurologis, 3) identifikasi resiko, 4) monitor tekanan perfusi serebral, 5) catat respon pasien terhadap stimuli, 6) monitor tekanan intrakranial pasien dan respon neurology terhadap aktivitas, 7) monitor jumlah *drainage* cairan serebrospinal, 8) monitor intake dan output cairan, 9) monitor suhu dan angka *White Blood Cell*, 10) kolaborasi pemberian antibiotik, 11) posisikan pasien pada posisi *semifowler*, 12) minimalkan stimuli dari lingkungan, 13) monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas, dingin, tajam atau tumpul, 14) instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lisi atau laserasi, 15) gunakan sarung tangan untuk proteksi, 18) batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung, 16) monitor kemampuan buang air besar, 17) kolaborasi pemberian analgetik, monitor adanya *tromboplebitis*.

Diagnosis 2: Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan keterlibatan neurotransmitter, kelemahan dan paralisis. Goal: pasien akan meningkatkan mobilitas fisik selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu dua kali dua puluh empat jam perawatan pasien akan menunjukkan *outcomes*: ambulasi (0200), keseimbangan (0202), pergerakan sendi (0206). Intervensi: 1) latihan ambulasi, 2) terapi latihan keseimbangan, 3) terapi latihan mobilitas sendi, 4) aktivitas monitoring vital sign sebelum atau sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan, 5) konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan, 6) bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera, 7) ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi, 8) kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, 9) latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan *Activity Daily Lives* secara mandiri sesuai kemampuan, 10) dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan *Activity Daily Lives* pasien,

11) berikan alat bantu jika klien memerlukan, 12) ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

Diagnosis 3: kerusakan komunikasi verbal dan tertulis berhubungan dengan kerusakan neuro transmeter, kehilangan tonus, kerusakan dan sirkulasi serebral.Goal: klien akan meningkatkan komunikasi verbal yang baik selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu dua kali dua puluh empat jam perawatan pasien akan menunjukan *outcomes*: komunikasi (0902),komunikasi mengekspresikan (0903), komunikasi penerimaan (0904). *Intervensi*: 1) aktivitas gunakan penerjemah , jika diperlukan, 2) beri satu kalimat simple setiap bertemu, jika diperlukan, 3) konsultasikan dengan dokter kebutuhan terapi bicara, 4) dorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan, 5) dengarkan dengan penuh perhatian, berdiri didepan pasien ketika berbicara, gunakan kartu baca, kertas, pensil, bahasa tubuh, gambar, daftar kosakata bahasa asing, computer, dan lain-lain untuk memfasilitasi komunikasi dua arah yang optimal, 6) ajarkan bicara dari esophagus, jika diperlukan, 7) beri anjuran kepada pasien dan keluarga tentang penggunaan alat bantu bicara (misalnya, prostesi trakeoesofagus dan laring buatan, berikan pujian positive jika diperlukan, 8) anjurkan pada pertemuan kelompok, 9) anjurkan kunjungan keluarga secara teratur untuk memberi stimulus komunikasi, 10) anjurkan ekspresi diri dengan cara lain dalam menyampaikan informasi (bahasa isyarat).

Diagnosis 4: Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan penurunan intake peroral dan penurunan kesadaran.Goal: pasien akan mempertahankan status nutrisi yang adekuat selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu tiga kali dua puluh empat jam perawatan pasien akan menunjukan *outcomes*: status nutrisi: asupan nutrisi (1009), status nutrisi (1004) nafsu makan (1014), status nutrisi: asupan makanan dan cairan (1008). *NIC*:manajemen nutrisi (1100), manajemen gangguan makan (1030), manajemen saluran cerna (0430).

Intervensi: 1) aktivitas kaji adanya alergi makanan, 2) kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien, 3) anjurkan pasien untuk meningkatkan *intake* Fe, 4) anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C, berikan substansi gula, 5) yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi, 6) berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi), 7) ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian, 8) monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori, 9) berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.

Diagnosis 5 Defisit perawatan diri berhubungan dengan keursakan neuromuskuler, penurunan kekuatan dan ketahanan, dan kehilangan kontrol, dan korordinasi otot dan nyeri.Goal: pasien akan meningkatkan perawatan diri selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu satu kali dua puluh empat jam perawatan pasien akan menunjukan *outcomes*: perawatan diri: mandi (0301), perawatan diri berpakaian (0302), perawatan diri: eliminasi (0310). *Nursing Intervention Classification* adalah bantuan perawatan diri: mandi atau kebersihan (1801),bantuan perawatan diri: berpakaian/berdandan (1802), bantuan perawatan diri eliminasi (1804), dengan intervensi: 1) monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri, 2) monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan, 3) sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan *self-care*, 4) dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki, 5) dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya, 6) ajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya, 7) berikan aktivitas rutin sehari- hari sesuai kemampuan, pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Menurut(Taufan N, 2011) Implementasi keperawatan yang diberikan pada pasien dengan penyakit Stroke Hemoragic diantaranya menstabilkan tanda-tanda vital, mempertahankan saluran napas, kendalikan tekanan darah sesuai dengan keadaan masing-masing individu, termasuk usaha untuk memperbaiki hipotensi maupun hipertensi, deteksi dan memperbaiki aritmia jantung, merawat kandung kemih, penderita harus dibalik setiap jam dan latihan gerakan pasif setiap 2 jam, dalam beberapa hari dianjurkan untuk dilakukan gerakan pasif penuh sebanyak 50 kali perhari.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan tenaga medis yang lain agar mencapai tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan. Evaluasi pada asuhan keperawatan dilakukan secara sumatif dan formatif

BAB 3

HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang. pada tanggal 16-07 2019 di ruang Instalasi Gawat Darurat. Pasien yang dirawat berinisial Ny M.S berusia 53 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama kristen protestan, pekerjaan petani, alamat Alor Selatan, Nomor register 513514, masuk rumah sakit pada tanggal 16-07-2019 dengan diagnosa medis *Stroke Hemoragic*, tanggal pengkajian 16-07- 2019, sumber informasi dari pasien, keluarga dalam hal ini sebagai penanggung jawab Tn.P.S yakni istri pasien, dan catatan perawatan.

3.1.1 Pengkajian

Hasil pengkajian pada tanggal 16-07- 2019 jam 08.00 WITA didapatkan hasil keluhan utama keluarga Ny.M. S mengalami mati rasa pada tangan kiri dan kaki kanan dan sulit untuk berbicara, sebelum sakit keluarga Ny.M.S mengatakan Ny.M.S pernah mengalami riwayat hipertensi satu bulan lalu. Riwayat penyakit sekarang: Ny M.S dirujuk dari Puskesmas Masape dengan keluhan mengalami mati rasa pada tangan kiri dan kaki kanan setelah jatuh di kamar mandi saat mencuci pakaian. Ny. M. S sempat dirawat di rumah sakit selama 7 hari kemudian dirujuk ke Rumah Sakit Apoi. Setelah dirawat selama 10 hari pasien dirujuk kembali ke Kalabahi baru dirujuk ke RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang. Saat dikaji pasien hanya terbaring di tempat tidur, sulit bergerak karena mati rasa kedua anggota gerak badan, sulit berbicara, sesak napas tetapi tidak bisa mengeluarkan sekret, terpasang *Nasogastrik Tube* dan *Dower Cateter*. Riwayat penyakit keluarga: Ny.M.S adalah anak pertama dari 6 bersaudara dan mempunyai 7 anak. Saudara ketiga Ny.M.S mempunyai riwayat hipertensi, Tekanan darah 140/90 milimeterHg, Nadi: 88 kali per menit, Suhu : 36,5 C, pernapasan : 23 kali per menit.

Pengkajian primer: *Airway* (jalan napas); tidak ada sumbatan jalan napas, *Breathing*(pernapasan); pasien sesak napas tanpa aktivitas,

terpasang O₂ 3 liter per menit/ nasal kanul, frekuensi pernapasan 23x/menit, irama teratur, kedalaman dalam, batuk non produktif, sputum tidak ada, bunyi napas ronchi di lobus kanan, *Circulation*; nadi 88x/menit, irama teratur, denyut nadi tidak kuat, tekanan darah 140/90 MmHg, ekstremitas hangat, warna kulit pucat, tidak ada nyeri dada, *Capillary Refill Time* <3 detik, tidak ada edema, turgo kulit baik, mukosa bibir lembab, kebutuhan oral: terpasang *Nasogastrik Tube* (makan lewat pipa 6x200cc), parenteral: terpasang Infus *Natrium Clorida* 0,9% 500cc/ 8 jam 16 tetes per menit, buang air kecil: terpasang *Dower Cateter* (100cc/6jam), buang air besar: 1-2x hari, *Disability*: tingkat kesadaran apatis *Glasgow Coma Scale*: E4M3V1, pupil isokor. Total *Glasgow Coma Scale* adalah 8. Pengkajian sekunder: musculoskeletal: kekuatan otot ekstremitas atas bagian dekstra bernilai 2 dan ekstremitas bagian bawah dekstra 1, ekstremitas bagian atas dan bawah sinistra . Hasil pemeriksaan laboratorium di dapatkan: *Eritrosit*: 3.17 (normal: 4.36-6.20 10⁶/ul), *Hematokrit*: 23.5 (normal: 40.0-54.0 %), *Neutrofil*: 83.2 (normal: 50-70 %), *Limfosit*: 7.4 (normal: 20-40 %), jumlah *neutrofil*: 9.30 (normal: 1.50-7.00 10³/ul) *calcium Ion*: 1.260 (normal: 1.120-1.320).

Terapi tindakan kolaborasi: injeksi *piracetam* 3 kali 3gram lewat Intravena (8 jam) dengan kontra indikasi gangguan pembekuan darah, penyakit liver, penyakit ginjal dan efek samping cemas, mudah mengantuk, depresi dan perdarahan. *Aspilet* 1 kali 1 tablet lewat oral (24jam) dengan kontraindikasi penyakit asma, maag, perdarahan di bawah kulit dan efek samping perasaan tidak nyaman pada lambung, perasaan mual atau muntah. *Amlodipin* 3 kali 10 miligram lewat oral (8jam) dengan kontraindikasi gangguan liver, jantung, pembuluh darah jantung dan efek samping merasa lelah, jantung berdegup kencang, merasa mual dan tidak nyaman. *Candesartan* 3 kali 8 miligram lewat oral (8jam) dengan kontraindikasi gangguan hati, kalsium tinggi dalam darah dan efek samping bengkak pada kedua tungkai, pusing, lemas, sakit maag, diare, mual. *Neurodex* 3 kali 1 tablet lewat oral (8jam) dengan kontraindikasi

gangguan pembekuan darah dan efek samping kesemutan pada tangan dan kaki. *Simvastatin* 3 kali 20 miligram lewat oral (8jam) dengan kontraindikasi gangguan hati, gangguan ginjal, nyeri otot dan efek samping sakit kepala, konstipasi, gangguan tidur, ruam, kram otot.

3.1.2 Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan ditegakan berdasarkan data-data yang dikaji dimulai dengan menetapkan masalah, penyebab dan data pendukung. Masalah keperawatan yang ditemukan pada Ny M.S adalah Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler ditandai dengan keluarga pasien mengatakan lemah dan mati rasa di tubuh bagian kanan dan kiri, klien tampak berbaring di tempat tidur. hasil pengukuran kekuatan otot didapatkan ekstremitas atas bagian dekstra bernilai 2 dan ekstremitas bagian bawah dekstra 1, ekstremitas bagian atas dan bawah sinistra 1.

Diagnosis2: Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sistem saraf pusat ditandai dengan keluarga pasien mengatakan sulit berbicara dengan jelas, klien tampak terdengar tidak jelas saat berbicara, lidah tidak simetris.

Diagnosis3: Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan ditandai dengan keluarga pasien mengatakan pasien sesak, klien tampak sesak tanpa aktivitas, pernapasan:dua puluh tiga kali per menit, batuk non produktif, sputum tidak keluar, pada paru-paru pasien terdengar bunyi nafas ronchi pada lobus kanan atas paru.

3.1.3 Intervensi keperawatan

Intervensi yang dibuat pada diagnosis pertama hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.Goal: pasien akan mempertahankan mobilitas fisik yang efektif selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu satu kali dua puluh empat jam perawatan pasien akan menunjukkan *outcomes*: Pergerakan (0208) yang diharapkan meningkat dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu) dengan

indikator yang diambil yaitu: keseimbangan, kordinasi, gerakan otot dan berjalan.

Nursing Intervention Classification: pengaturan posisi: neurologi (0844) dengan tujuh aktifitas yang diambil yaitu: 1) imobilisasi atau topang bagian tubuh yang terganggu dengan tepat, 2) berikan posisi yang terapeutik, 3) jangan berikan tekanan pada bagian tubuh yang terganggu 4) lindungi bagian tubuh yang terganggu, 5) topang leher dengan tepat, 6) pertahankan kesejajaran yang tepat, 7) posisikan kepala dan leher dengan lurus. Intervensi terapi monitor neurologi (2620) dengan lima aktifitas yang diambil yaitu: 1) monitor tanda-tanda vital, 2) monitor terhadap adanya tremor, 3) monitor gangguan visual: penglihatan kabur, penyempitan lapang pandang dan ketajaman visual, 4) catat keluhan sakit kepala, 5) hindari kegiatan yang bisa meningkatkan tekanan intrakranial.

Diagnosis keperawatan kedua hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan perubahan pada sistem saraf pusat. Goal: pasien akan mempertahankan komunikasi verbal yang efektif selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu satu kali dua puluh empat jam perawatan pasien akan menunjukkan *outcomes*: komunikasi (0902) yang diharapkan meningkat dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu) dengan empat indikator yang diambil yaitu: menggunakan bahasa lisan, menggunakan bahasa isyarat, mengenali pesan yang diterima, menggunakan bahasa non verbal. Intervensi peningkatan komunikasi: kurang bicara (4976) dengan empat aktifitas yang diambil yaitu: 1) monitor kecepatan bicara, tekanan dan kecepatan, 2) monitor pasien terkait dengan perasaan frustrasi, kemarahan, depresi koma atau respon-respon lain, 3) kenali emosi dan perilaku fisik sebagai bentuk komunikasi, 4) sesuaikan gaya komunikasi untuk memenuhi kebutuhan klien.

Diagnosis keperawatan ketiga ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan. Goal: pasien akan mempertahankan bersihan jalan napas yang efektif selama dalam

perawatan. Objektif: dalam jangka waktu satu kali dua puluh empat jam perawatan pasien akan menunjukkan outcomes: status pernafasan : kepatenan jalan nafas (0410) yang diharapkan meningkat dari 2 (berat) menjadi 4 (ringan) dengan lima indikator yang diambil yaitu: suara nafas tambahan, dispnea saat aktivitas, penggunaan otot bantu nafas, batuk, dan akumulasi sputum. Intervensi manajemen jalan napas (3140) dengan lima aktivitas yang diambil yaitu: 1) posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, 2) lakukan fisioterapi dada, sebagaimana mestinya, 3) instruksikan bagaimana cara melakukan batuk efektif, 4) auskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan. Kelima, monitor status pernapasan dan oksigenasi.

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan mulai tanggal 16 Juli 2019. Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik.

Implementasi pada hari pertama Selasa, 16 Juli 2019, dilakukan implementasi pada semua diagnosa keperawatan yang diangkat. **Diagnosis 1:** Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu 1) Jam 08.30 WITA mengatur posisi yang nyaman bagi pasien, 2) Jam 09.00 WITA mengukur tanda-tanda vital, 3) Jam 09.30 WITA memonitoring terhadap adanya tremor, 4) Jam 10.00 WITA mencatat keluhan sakit kepala, 5) Jam 10.30 WITA menghindari kegiatan yang bisa meningkatkan tekanan intrakranial. **Diagnosis 2:** Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan perubahan pada sistem saraf pusat dilakukan tindakan yaitu 1) Jam 08.30 WITA mengukur tanda-tanda vital, 2) Jam 09.00 WITA mengobservasi kecepatan dan tekanan bicara pasien, 3) Jam 09.30 WITA memonitoring perasaan pasien terkait dengan perasaan frustrasi, 4) Jam 10.00 WITA mengajarkan keluarga untuk memahami respon yang muncul pada pasien. **Diagnosis 3:** Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan dilakukan tindakan yaitu 1) Jam

08.30 WITA yaitu memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, 2) Jam 09.00 WITA melakukan fisioterapi dada, 3) Jam 09.30 WITA menginstruksikan cara melakukan batuk efektif, 4) Jam 10.00 WITA mengauskultasi suara napas, 5) Jam 10.30 WITA memonitoring status pernapasan dan oksigenasi.

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan pada tanggal 16 Juli 2019. Evaluasi keperawatan dilakukan setelah dilakukan implementasi keperawatan.

Evaluasi keperawatan pada tanggal 16 Juli 2019 untuk **diagnosis 1:** Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, *Subjektif:* keluarga pasien mengatakan kaki kiri dan tangan kanan masih terasa lemah, mati rasakan sulit bergerak, *Objektif:* pasien hanya terbaring, belum dapat bergerak dengan aktif, kekuatan otot yang didapatkan tangan: dekstra 2 sinistra 1, kaki: dekstra 1, sinistra 1, tekanan darah: 150/80 milimeterHg, Nadi : 92 kali per menit, Suhu: 36,7 C, Pernapasan: 23 kali per menit, *Assesment:* Masalah belum teratasi, *Planing:* semua intervensi dilanjutkan. Diagnosa 2: Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan perubahan pada sistem saraf pusat, *Subjektif:* keluarga pasien mengatakan pasien masih sulit berbicara, *Objektif:* pasien tampak berbicara tidak jelas, ekspresi pasien nampak cemas, kecepatan bicara pasien lambat, lidah tidak simetris, *Assesment:* masalah belum teratasi, *Planing:* semua intervensi dilanjutkan. Diagnosa 3: Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan, *Subjektif:* keluarga pasien mengatakan pasien sesak, *Objektif:* pasien tampak sesak tanpa aktivitas, pernapasan: 23 kali per menit, batuk non produktif, sputum tidak keluar, pada paru-paru pasien terdengar bunyi nafas ronchi pada lobus kanan atas paru. *Assesment:* masalah belum teratasi, *Planing:* semua intervensi dilanjutkan.

3.2 Pembahasan

3.2.1 Pengkajian

Menurut *North American Nursing Diagnosa Association classification* tahun 2015-2017 (T.H. Herdman, 2015) yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan perubahan. Pada kasus nyata pasien mengatakan kram dari kepala, tangan, sampai kaki bagian kanan dan kiri disertai lemas dan pusing. Pasien nampak sulit bergerak dan berbicara pelo, pasien hanya terbaring di tempat tidur. Kekuatan otot yang didapatkan tangan: dekstra 2 sinistra 1, kaki: dekstra 1, sinistra 1.

Menurut *North American Nursing Diagnosis Association* tahun 2015-2017 (T. H. Herdman, 2015) dalam buku *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis*, gejala klinis pada pasien dengan stroke adalah sebagai berikut: kelumpuhan wajah atau anggota badan (hemiparesis) yang timbul mendadak; gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik); perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma); afasia (bicara tidak lancar, kurang ucapan, atau kesulitan memahami ucapan); disartia (bicara pelo atau cadel); gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) atau diplopsia; ataksia (trunkal atau anggota badan; vertigo, mual, dan muntah atau nyeri kepala.

Berdasarkan teori di atas dan hasil pengkajian pada kasus nyata didapatkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus dikarenakan pada kasus ditemukan tanda dan gejala yang sesuai dengan kasus yaitu pasien nampak sulit bergerak dan berbicara pelo, adanya penurunan pergerakan pada bagian ekstremitas bagian kanan dan kiri.

3.2.2 Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil analisa data didapatkan ada tiga diagnosa keperawatan yang muncul yang diangkat berdasarkan diagnosa keperawatan *North American Nursing Diagnosa Association* pada sistem saraf pusat dan

ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan.

Menurut *North American Nursing Diagnosa Association classification* tahun 2015-2017 (T.H. Herdman, 2015) diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien dengan stroke yaitu: perubahan perfusi jaringan serebal, kerusakan mobilitas fisik, kerusakan komunikasi verbal dan tertulis, perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan, deficit perawatan diri. Berdasarkan teori di atas dan hasil pengkajian pada kasus nyata didapatkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus dimana hanya dua diagnosis keperawatan yang penulis tegakkan, hal ini disebabkan karena pada kasus nyata ditemukan data-data yang sesuai dengan batas karakteristik dari diagnosis keperawatan hambatan mobilitas fisik, hambatan komunikasi verbal. Sedangkan diagnosis keperawatan perubahan perfusi jaringan serebal, perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan, deficit perawatan diri tidak diangkat karena tidak ditemukan data-data yang sesuai dengan batas karakteristik dari diagnosis keperawatan tersebut. Namun pada diagnosa terakhir yaitu ketidakefektifan bersihan jalan napas saya gunakan atau tambahkan karena data-datanya ada pada pasien dan mendukung. Data-data yang didapat pada pasien yaitu keluarga pasien mengatakan pasien sesak, data objektifnya klien tampak sesak tanpa aktivitas, pernapasan: 23 kali per menit, batuk non produktif, sputum tidak keluar, pada paru-paru pasien terdengar bunyi nafas ronchi pada lobus kanan atas paru. dari data-data tersebut dapat ditemukan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Tahap perencanaan keperawatan ada tahap goal, objektif, *Nursing Outcome Classification* dan *Nursing Intervention Classification* yang dibuat adalah: diagnosa pertama hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, dipilih sebagai diagnosis pertama karena dapat mengancam jiwa. Diagnosis keperawatan pertama hambatan

mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, *Nursing Outcomes Classification* (Gloria B, 2016) goal: pasien akan mempertahankan mobilitas fisik yang efektif selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu satu kali duapuluh empat jam perawatan pasien akan menunjukkan outcomes: Pergerakan (0208) yang diharapkan meningkat dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu) yang memiliki dua belas indikator. Tetapi hanya empat indikator yang penulis ambil sedangkan delapan indikator tidak diambil, ini dikarenakan empat indikator tersebut sesuai dengan kasus nyata. Empat Indikator yang diambil yaitu: keseimbangan, koordinasi, gerakan otot dan berjalan (Gloria B, 2016).

Nursing Interventions Classification (Gloria B, 2016) yaitu: Intervensi pengaturan posisi: neurologi (0844) yang memiliki tiga puluh enam aktifitas. Tetapi hanya tujuh aktifitas yang penulis ambil sedangkan dua puluh sembilan aktifitas yang lain tidak diambil, ini dikarenakan tujuh aktifitas tersebut sesuai dengan kasus nyata. Tujuh aktifitas yang diambil yaitu: pertama, imobilisasi atau topang bagian tubuh yang terganggu dengan tepat. Kedua, berikan posisi yang terapeutik. Ketiga, jangan berikan tekanan pada bagian tubuh yang terganggu. Keempat, lindungi bagian tubuh yang terganggu. Kelima Topang leher dengan tepat. Keenam, pertahankan kesejajaran yang tepat. Ketujuh, posisikan kepala dan leher dengan lurus. (Gloria B, 2016).

Intervensi monitor neurologi (2620) yang memiliki tiga puluh delapan aktifitas tetapi hanya lima aktifitas yang penulis ambil, ini dikarenakan lima aktifitas tersebut sesuai dengan kasus nyata. lima aktifitas yang diambil yaitu: pertama, Monitor tanda-tanda vital. kedua, monitor terhadap adanya tremor. ketiga, monitor gangguan visual. keempat, catat keluhan sakit kepala. kelima, hindari kegiatan yang bisa meningkatkan tekanan intrakranial (Gloria B, 2016).

Diagnosis keperawatan kedua hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan perubahan pada sistem saraf pusat. *Nursing*

Outcomes Classification (Gloria B, 2016) Goal: pasien akan mempertahankan komunikasi verbal yang efektif selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu satu kali dua puluh empat jam perawatan pasien akan menunjukkan *outcomes*: komunikasi (0902) yang diharapkan meningkat dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu), yang memiliki tujuh indikator. Tetapi hanya empat indikator yang penulis ambil sedangkan tiga indikator tidak diambil, ini dikarenakan empat indikator tersebut sesuai dengan kasus nyata. Empat Indikator yang diambil yaitu: menggunakan bahasa lisan, menggunakan bahasa isyarat, mengenali pesan yang diterima, menggunakan bahasa nonverbal (Gloria B, 2016). *Nursing Interventions Classification* yaitu intervensi peningkatan komunikasi: kurang bicara (4976) yang memiliki dua puluh tiga aktifitas. Tetapi hanya empat aktifitas yang penulis ambil sedangkan sembilan belas aktifitas yang lain tidak diambil, ini dikarenakan empat aktifitas tersebut sesuai dengan kasus nyata. Empat aktifitas yang diambil yaitu: pertama, monitor kecepatan bicara, tekanan dan kecemasan. Kedua, monitor pasien terkait dengan perasaan frustrasi, kemarahan, depresi koma atau respon lain. Ketiga, kenali emosi dan perilaku fisik sebagai bentuk komunikasi. Keempat, sesuaikan gaya komunikasi untuk memenuhi kebutuhan klien (Gloria B, 2016).

Diagnosis keperawatan ketiga ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan. *Nursing Outcomes Classification* , (Gloria B, 2016) Goal: pasien akan mempertahankan bersihan jalan napas yang efektif selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu satu kali dua puluh empat jam perawatan pasien akan menunjukkan *outcomes*: status pernafasan : kepatenan jalan nafas (0410) yang diharapkan meningkat dari 2 (berat) menjadi 4 (ringan) yang memiliki 32 indikator. Tetapi hanya lima indikator yang penulis ambil sedangkan dua puluh tujuh indikator tidak diambil, ini dikarenakan lima indikator tersebut sesuai dengan kasus nyata. Lima indikator yang diambil yaitu: Suara nafas tambahan, dispnea saat aktivitas, penggunaan otot bantu

napas, batuk, dan akumulasi sputum (Gloria B, 2016). *Nursing Interventions Classification* (Gloria B, 2016) yaitu: manajemen jalan napas (3140) yang memiliki dua puluh satu aktivitas. Tetapi hanya lima aktivitas yang penulis ambil sedangkan enam belas aktivitas yang lain tidak diambil, ini dikarenakan lima aktivitas sesuai dengan kasus nyata. Lima aktivitas yang diambil yaitu: Pertama, posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. Kedua, lakukan fisioterapi dada, sebagaimana mestinya. Ketiga, instruksikan bagaimana cara melakukan batuk efektif. Keempat, auskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan. Kelima, monitor status pernapasan dan oksigenasi (Gloria B, 2016).

Jadi kesimpulannya tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus karena intervensi yang di ambil juga sesuai dengan teori dari *Nanda International Nursing Diagnoses: Definitions And Classification, Nursing Interventions Classification, Nursing Outcomes Classification* namun saya menambahkan diagnosa lagi yaitu ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan karena saat saya melakukan pengkajian di temukan data-data yang mendukung diagnosis tersebut.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan setelah perencanaan dirancang dengan baik (*Nanda International Nursing Diagnoses: Definitions And Classification, Nursing Interventions Classification, Nursing Outcomes Classification*, Elsevier, 2016). Tindakan keperawatan dilakukan tanggal 16-07-2019, dilakukan implementasi pada diagnosis: 1) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler tindakan keperawatan pada jam 08.30 WITA yaitu, mengatur posisi yang nyaman bagi pasien, jam 09.00 WITA mengukur tanda-tanda vital, jam 09.30 WITA memonitoring terhadap adanya tremor, jam 10.00 WITA Mencatat keluhan sakit kepala, jam 10.30 WITA menghindari kegiatan yang bisa meningkatkan tekanan intrakranial. Diagnosis 2: Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan perubahan pada sistem saraf pusat dilakukan tindakan pada jam 08.30 WITA mengukur tanda-tanda vital, jam

09.00WITA mengobservasi kecepatan dan tekanan bicara pasien, jam 09.30WITA memonitoring perasaan pasien terkait dengan perasaan frustrasi, jam 10.00WITA mengajarkan keluarga untuk memahami respon yang muncul pada pasien. Diagnosis 3: Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan dilakukan tindakan pada jam 08.30 WITA memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, jam 09.00 WITA melakukan fisioterapi dada, jam 09.30WITA menginstruksikan cara melakukan batuk efektif, jam 10.00WITA mengasukultasi suara napas, jam 10.30WITA memonitoring status pernapasan dan oksigenasi.

Berdasarkan teori di atas dan hasil implementasi pada kasus nyata didapatkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus dimana semua implementasi dilakukan berdasarkan aktifitas-aktifitas yang berada pada intervensi keperawatan.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan yang diberikan pada jam 12.00WITA, mahasiswa melakukan evaluasi pada setiap tindakan berdasarkan diagnosis yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode *Subject Object Assesment Planing*. Diagnosis 1: Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, *Subjektif*: keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan kanan serta kiri masih terasa lemah, mati rasadan sulit bergerak, *Objektif*: pasien hanya terbaring, belum dapat bergerak dengan aktif, kekuatan otot yang didapatkan tangan: dekstra 2 sinistra 1, kaki: dekstra 1, sinistra 1, *Assesment*: masalah belum teratasi, *Planing*: semua intervensi dilanjutkan. Diagnosis 2: Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan perubahan pada sistem saraf pusat, *Subjektif*: keluarga pasien mengatakan pasien masih sulit berbicara, *Objektif*: pasien tampak berbicara tidak jelas, ekspresi pasien nampak cemas, kecepatan bicara pasien lambat, lidah tidak simetris, *Assesment*: masalah belum teratasi,

Planing: semua intervensi dilanjutkan. Diagnosis 3: Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan, *Subjektif*: keluargap pasien mengatakan pasien sesak, *Objektif*: pasien tampak sesak tanpa aktivitas, pernapasan: 23 kali per menit, batuk non produktif, sputum tidak keluar, pada paru-paru pasien terdengar bunyi nafas ronchi pada lobus kanan atas paru, *Assesment*: masalah belum teratasi, *Planing* : semua intervensi dilanjutkan.

Berdasarkan teori di atas dan hasil evaluasi keperawatan pada kasus nyata didapatkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus, ini dikarenakan perubahan keadaan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan masih dalam keadaan belum optimal, sehingga pencapaian tujuan dan kriteria hasil dari kedua diagnosis keperawatan tersebut belum tercapai.

3. 3 Keterbatasan Penelitian

3.3.1 Persiapan

Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan proposal studi kasus membutuhkan waktu dan persiapan yang baik. Karena keterbatasan waktu sehingga penulis kurang mempersiapkan diri dengan baik.

3.3.2 Hasil

Dari hasil yang di peroleh penulis menyadari bahwa proposal ini jauhlah dari kesempurnaan karena proses pengumpulan data yang sangat singkat sehingga hasil yang diperolehpun kurang begitu sempurna dan masih membutuhkan pembenahan dalam penulisan hasil.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

- 4.1.1 Pengkajian yang didapatkan pasien Pada kasus nyata anggota badan pasien bagian kiri dan kanan mengalami mati rasa dan sulit untuk berbicara, riwayat hipertensi 1 bulan lalu.
- 4.1.2 Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus yaitu: hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf pusat dan ketidakefektifan bersihan jalan nafas.
- 4.1.3 Intervensi keperawatan pada ketiga diagnosa keperawatan yang diambil adalah imobilisasi bagian tubuh yang terganggu, bantu pasien dalam melakukan aktivitas, monitor kecepatan bicara, tekanan dan kecepatan, posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, lakukan fisioterapi dada, dan instruksikan bagaimana melakukan batuk efektif.
- 4.1.4 Implementasi keperawatandilakukan sesuai dengan aktifitas-aktiftas yang berada pada intervensi keperawatan yang disusun. mulai dari pengaturan posisi, monitor neurologi, peningkatan komunikasi sampai pada manajemen jalan nafas.
- 4.1.5 Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada pasien Ny.M.S menunjukan ketiga masalah keperawatan belum teratasi, hal ini disebabkan perlu perawatan lebih lanjut dan rawat nginap sampai pemulihan perfusi serebral normal.

4.2 Saran

Dalam hal ini penulis memberikan beberapa saran setelah secara langsung mengamati lebih dekat perkembangan status kesehatan pasien:

4.2.1 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dengan adanya studi kasus ini, dapat meningkatkan kualitas pembelajaran bagi mahasiswa/i di kampus Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi D-III Keperawatan Kupang, khususnya pada

keperawatan gawat darurat terutama pada pembelajaran tentang asuhan keperawatan gawat darurat.

4.2.2 Bagi Rumah sakit

Diharapkan rumah sakit dapat memberikan penanganan gawat darurat yang lebih cepat dan tepat kepada pasien-pasien yang mengalami kegawat daruratan.

4.2.3 Bagi Perawat

Diharapkan bagi perawat-perawat yang berada di Instalasi Gawat Darurat yang melakukan tindakan keperawatan darurat bisa lebih memperhatikan dan menekankan perawatan secara tepat dan cepat

DAFTAR PUSTAKA

- Andra W & Yessie P. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Arif M. (2014). *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aescupalius.
- Elisabeth C. (2011). *Patofisiologi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran: EGC
- Gloria B, Howard B, Joanne D & Cheryl W. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. (2016). Singapore: Elsevier: Moco Media.
- Gloria B, Howard B, Joanne D & Cheryl W. *Nursing Outcome Classification (NOC)*. (2016). Singapore: Elsevier: Moco Media.
- Kemenkes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Mahar M. & Priguna S (2013). *Neurologi Klinis Dasar*. Jakarta: Dian Rakyat.
- Sylvia P & Lorraine W. (2012). *Patofisiologi Konsep klinis Proses-proses penyakit*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran: EGC.
- Taufan N. (2011). *Asuhan Keperawatan Maternitas, Bedah, dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- T.H.Herdman (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. 2015-2017. Edisi 10. Jakarta: EGC.
- Redaksi Vital Health. (2013). *Stroke*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA



BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN

SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;

Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com

**FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKES KEMENKES KUPANG**

Nama : Amanda Monemnasi

Nim. PO5303201181159

A. PENGKAJIAN

1. Identitas Klien

Nama : Ny.M.S
Umur : 53Tahun
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Petani
Alamat : Manutupen
Nomor registrasi :513514
Diagnosis medik :Strok Hemoragik
Tanggal MRS : Selasa 16 Juli 2019
Tanggal pengkajian:Selasa, 16 Juli 2019

Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn P.S
Umur : 55 Tahun
Alamat : Manutupan
Hubungan dengan klien:Suami

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Keluarga Ny.M.S mengatakan anggota badan Ny.M.S bagian kiri dan kanan mengalami mati rasa dan sulit untuk berbicara.

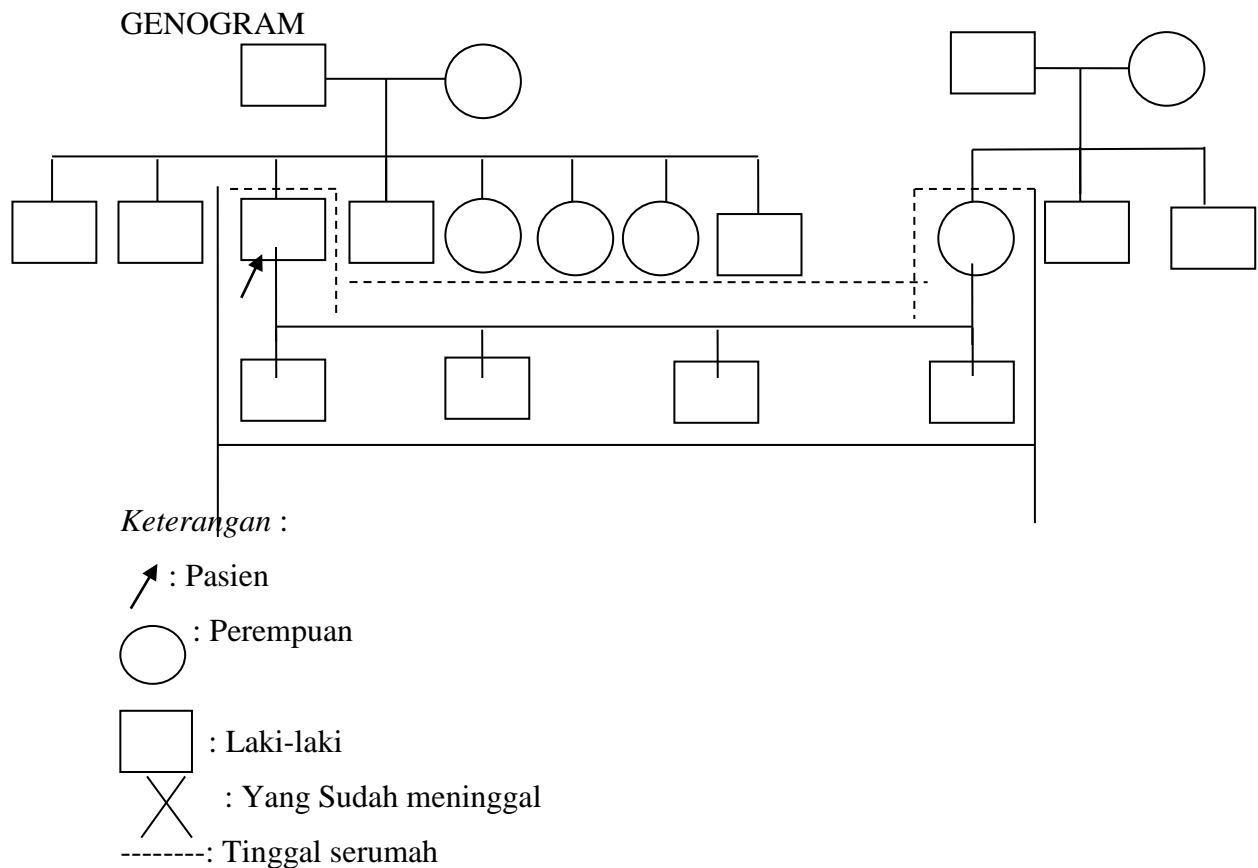
b. Riwayat penyakit sekarang

Ny.M.S jatuh di kamar mandi saat mencuci pakaian 1 bulan lalu, 5 hari kemudian dirujuk ke Puskesmas Masape dan 7 hari kemudian dirujuk ke Rumah Sakit Apoi, kemudian 10 hari kemudian dirujuk ke Kalabahi baru dirujuk ke RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang. Saat dikaji pasien hanya terbaring di tempat tidur, sulit bergerak karena mati rasa kedua anggota gerak badan, sulit berbicara, sesak napas tetapi tidak bisa mengeluarkan sekret, terpasang NGT dan DC.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga Ny.M.S mengatakan Ny.M.S pernah mengalami riwayat hipertensi 1 bulan lalu.

d. Riwayat Penyakit Keluarga



Ny.M.S adalah anak pertama dari 6 bersaudara dan mempunyai 7 anak. Saudara ketiga Ny.M.S mempunyai riwayat Hipertensi, begitu juga dengan anak pertama Ny.M.S mempunyai riwayat Hipertensi.

Tanda Vital: TD: 140/90 mmHg Nadi: 88x/menit, Suhu: 36,5⁰Celsius

RR: 23x/menit.

3. Pengkajian Primer

A. Airways (jalan nafas)

Sumbatan: Tidak ada sumbatan pada jalan nafas

☐ benda asing ☐ bronkospasme

☐ darah ☐ sputum ☐ lendir

☐ lain-lain sebutkan:-

B. Breathing (pernafasan)

Sesak dengan: pasien tidak mengeluh sesak nafas

☐ aktifitas tanpa aktifitas (☒) terpasang O2 lpm/ nasal kanul

☐ menggunakan otot tambahan

Frekuensi: 23 x/mnt

Irama

(☒) teratur ☐ tidak teratur

Kedalaman:-

(☒) dalam ☐ dangkal

Reflek batuk : ☐ ada (☒) tidak ada

Batuk: Tidak ada batuk

☐ produktif (☒) non produktif

Sputum : ☐ ada (☒) tidak

Warna:-

Konsistensi:-

Bunyi napas:

(☒) ronchi ☐ crackles ☐

BGA:-

C. Circulation

a. Sirkulasi perifer

Nadi :88 x/menit

Irama: (✓) teratur () tidak

Denyut: () lemah () kuat (✓) tidak kuat

TD: 140/90 mmHg

Ekstremitas :

(✓) Hangat () Dingin

Warna Kulit :

() cyanosis (✓) Pucat () Kemerahan

Nyeri Dada : Tidakadanyeri dada

() Ada (✓) Tidak

Karakteristik nyeri dada :Tidakadanyeri dada

() Menetap () Menyebar

() Seperti ditusuk-tusuk

() Seperti ditimpah benda berat

Capillary refill : Normal

(✓) < 3 detik () > 3 detik

Edema : Tidakada edema

() Ya (✓) Tidak

Lokasi edema : Tidakada edema

() Muka () Tangan () Tungkai () Anasarka

b. Fluid (cairan dan elektolit)

1. Cairan

Turgor Kulit

(✓) < 3 detik () > 3 detik

(✓) Baik () Sedang () Jelek

2. Mukosa Mulut

(✓) Lembab () Kering

3. Kebutuhan nutrisi :

Oral :Terpasang NGT (mlp 6x200cc), Parenteral :Terpasang infuse Nacl 0,9% 20 tpm.

4. Eliminasi :

BAK : terpasang DC (100cc/6jam)

Jumlah : 600 cc

☐ Banyak ☐ Sedikit ☒ Sedang

Warna :

☒ Kuning jernih ☐ Kuning kental ☐ Merah ☐ Putih

Rasa sakit saat BAK :

☐ Ya ☒ Tidak

Keluhan sakit pinggang :

☐ Ya ☒ Tidak

BAB :1-2 x/hari

Diare :Tidakdiare

☐ Ya ☒ Tidak ☐ Berdarah ☐ Berlendir ☐ Cair

Bising Usus : 20 x/menit

5. Intoksikasi

☐ Makanan

☐ Gigitan Binatang

☐ Alkohol

☐ Zat kimia

☐ Obat-obatan

☐ Lain – lain : Tidakadaintoksikasi

D. Disability

Tingkat kesadaran :

☐ CM ☒ Apatis ☐ Somnolent ☐ Sopor ☐ Soporocoma (Coma)

Pupil : ☒ Isokor ☐ Miosis ☐ Anisokor ☐ Midriasis ☐ Pin poin

Reaksi terhadap cahaya :Pupil bereaksiterhadapcahaya

Kanan ☒ Positif ☐ Negatif

Kiri ☒ Positif ☐ Negatif

GCS : E :4 M:3 V :1

Jumlah : 8

6. Pengkajian Sekunder

a. Musculoskeletal / Neurosensoril

- (-) Spasme otot
- (-) Vulnus, kerusakan jarring
- (-) Krepitasi
- (-) Fraktur
- (-) Dislokasi
- (-) Kekuatan
- () Kekuatan Otot :

| | |
|---|---|
| 2 | 1 |
| 2 | 1 |

b. Integumen

- () Vulnus : -
- () Luka Bakar: -

c. Psikologis

- Ketegangan meningkat (-)
- Fokus pada diri sendiri (-)
- Kurang pengetahuan (-)

Pemeriksaan penunjang:

| Tanggal Pemeriksaan | Jenis Pemeriksaan | Nilai Normal | Hasil | Interpretasi |
|---------------------|-------------------|--------------|-------|--------------------|
| 16-07-2018 | Jumlah Eritrosit | (4,36-4,46) | 3,17 | $10^6/\mu\text{l}$ |
| | Hematokrit | (37,6-47,6) | 23,5 | % |
| | Neutrofil | (50-70) | 83,2 | % |
| | Limfosit | (20-40) | 7,4 | % |
| | Jumlah Neutrofil | (1,50-7,00) | 9,30 | $10^3/\mu\text{l}$ |
| | Hemoglobin | (12,0-16,0) | 12,0 | g/dl |
| | Jumlah leukosit | (4,0-10,0) | 9,29 | $10^3/\mu\text{l}$ |
| | Calcium Ion | 1.120-12 | 1.260 | mmol/L |

Terapi / tindakan kolaborasi:

| Nama Terapi | Dosis | Rute | Waktu | Indikasi |
|-------------|-----------------------|------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Infus Nacl | 500 ml/8 jam (20 tpm) | IV | 07.00 | Meningkatkan metabolisme nitrogen yaitu ureum dan kreatinin serta gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit. |
| Piracetam | 3x3 gr | IV | 07.00 | Meningkatkan kemampuan kognitif. Tanpa menimbulkan rangsangan pada otak. |
| Aspilet | 1x1 tab | PO | 07.00 | Pengobatan tambahan pada saat pasca stroke. |
| Amlodipin | 3x10 mg | PO | 07.00 | Penuruna darah tinggi. |
| Candesartan | 3x8 mg | PO | 07.00 | Mengobati tekanan darah tinggi (hipertensi) pada otak. |

| | | | | |
|-------------|---------|----|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Neurodex | 3x1 tab | PO | 07.00 | Suplemen vitamin B kompleks. |
| Simvastatin | 3x20 mg | PO | 07.00 | Membantu menurunkan kolesterol dan lemak jahat (seperti LDL, trigliserida) dan meningkatkan Kolesterol baik (HDL) dalam darah. |

ANALISA DATA

| NO | DATA PENDUKUNG | PENYEBAB | MASALAH |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 1 | <p>DS:</p> <p>Keluarga pasien mengatakan lemah dan mati rasa di tubuh bagian kiri, pasien tampak berbaring di tempat tidur</p> <p>DO:</p> <p>Hasil pengukuran kekuatan otot di dapatkan ekstremitas atas bagian dextra bernilai 2 dan ekstremitas bagian bawah bernilai 1 ekstremitas bagian atas bawah sinistra 1</p> | Gangguan neuromuskuler | Hambatan mobilitas fisik |
| 2 | <p>DS:</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien sulit bicara dengan jelas</p> <p>DO:</p> <p>Pasien tampak terdengar tidak jelas saat berbicara lidah tidak simetris</p> | Gangguan sistem saraf pusat | Hambatan komunikasi verbal |
| 3 | <p>DS:</p> <p>Keluarga pasien mengatakan</p> | Mukus berlebihan | Ketidakefektifan bersihan jalan |

| | | | |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|
| | pasien sesak napas DO: Pasien tampak sesak tanpa aktivitas RR: 23x/menit, batuk non produktif, sputum tidak keluar, pada paru-paru pasien terdengar bunyi napas ronchi pada lobus kanan atas paru | | napas |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|

A. Diagnosis Keperawatan

1. Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.
2. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sistem saraf pusat.
3. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan.

B. Intervensi Keperawatan

| No | Diagnosis Keperawatan | NOC | NIC |
|----|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler | Goal: pasien akan mempertahankan mobilitas fisik yang efektif selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 1x24 jam perawatan pasien akan menunjukkan outcomes: Pergerakan (0208) yang diharapkan meningkat dari 2 (banyak terganggu) | Pengaturan posisi: 1. Imobilisasi atau pengabaian bagian tubuh yang terganggu dengan tepat. 2. Berikan posisi yang terapeutik. 3. Jangan berikan tekanan pada bagian tubuh yang terganggu. Lindungi bagian tubuh yang terganggu. Topan leher dengan tepat. 4. Posisikan kepala dan leher |

| | | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | menjadi 4 (sedikit terganggu). Empat indikator yang diambil yaitu: keseimbangan, koordinasi, gerakan otot dan berjalan. | engan lurus. Monitor neurologi: 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor terhadap adanya tremor. 3. Monitor gangguan visual. 4. Catat keluhan sakit kepala. 5. Hindari kegiatan yang bisa meningkatkan tekanan intrakranial, |
| 2. | Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sistem saraf pusat | Goal: pasien akan mempertahankan komunikasi verbal yang efektif selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 1 x 24 jam perawatan pasien akan menunjukkan outcomes: komunikasi (0902) yang diharapkan meningkat dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu). Empat indikator yang diambil yaitu: menggunakan bahasa lisan, menggunakan bahasa isyarat | Peningkatan komunikasi: Kurang bicara 1. Monitor kecepatan bicara, tekanan dan kecepatan. 2. Monitor pasien terkait dengan perasaan frustrasi, kemarahan, depresi, koma atau respons lain. 3. Kenali emosi dan perilaku fisik sebagai bentuk komunikasi. 4. Sesuaikan gaya komunikasi untuk memenuhi kebutuhan. |

| | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | rat, mengenalipesan yang diterima, menggunakanbahasano n verbal. | |
| 3. | Ketidakefektif anbersihanjala nnapasberhubu ngandenganmu cusberlebihan | <p>Goal: pasienakanmempertaha nkanbersihanjalannapas yang efektifselamadalampera watan.</p> <p>Objektif: dalamjangkawaktu1x24 jam perawatanpasienakanm enunjukkan outcomes: status pernafasan :kepatenanjalannafas (0410) yang diharapkanmeningkatda ri 2 (berat) menjadi 4 (ringan). 5 indikator yang diambilyaitu :Suaranafastambahan, dispneasaataktivitas, penggunaanotot bantu nafas, batuk, danakumulasi sputum.</p> | <p>Manajemenjalannapas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikanpasienuntukmem aksimalkanventilasi. 2. Lakukanfisioterapi dada, sebagaimanamestinya. 3. Instruksikanbagaimanacara melakukanbatukefektif. 4. Auskultasisuaranapas, catatadanyasuaratambahan 5. Monitor status pernapasandanoksigenasi. |

C. Implementasi dan evaluasi

| No | Hari/tgl | Dx | Jam | Implementasi | Jam | Evaluasi |
|----|--------------------|----|-------|------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Selasa, 16-07-2017 | 1 | 08.30 | 1. Mengatur posisi yang nyaman bagi pasien | 12.00 | S: Keluarga pasien mengatakan kaki dantangan kanan sakit, akiri masiherasalem ah, matras adansulit bergerak O: Pasien hanya terbaring, belum dapat bergerak dengan aktif, kekuatan otot yang didapatkan tangan: dekstra 2 sinistra 1, kaki: dekstra 1, sinistra 1. TTV: TD: 150/80 mmHg, Nadi: 92x/m, Suhu: 36,7 C, RR: 23x/m. A: Masalah belum teratasi P: Semua intervensi dilanjutkan |
| | | | 09.00 | 2. Mengukur tanda-tanda vital | | |
| | | | 09.30 | 3. Memonitoring terhadap adanya tremor | | |
| | | | 10.00 | 4. Mencatat keluhan sakit kepala | | |
| | | | 10.30 | 5. Menghindari kegiatan yang bisa meningkatkan tekanan intrakranial | | |
| | | | 12.50 | (Misalnya pasien di larang ke toilet, sehingga harus BAK/BAB di atas tempat tidur) | | |

| | | | | | | |
|----|--------------------|----|-------|------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. | Selasa, 16-07-2017 | 2. | 08.30 | 1.mengobservasi kecepatan dan tekanan bicara pasien, | 13.40 | S: Keluarga pasien mengatakan pasien masih sulit berbicara O: Pasien tampak berbicara tidak jelas, ekspresi pasien nampak cemas, kecepatan bicara pasien lambat, lidah tidak simetris A: Masalah belum teratasi P: Semua intervensi dilanjutkan. |
| | | | 09.00 | 2. memonitoring perasan pasien terkait dengan perasaan frustrasi. | | |
| | | | 10.00 | 3. mengajarkan keluaran untuk memahami respon yang muncul pada pasien. | | |
| 3. | Selasa, 16-07-2019 | | 08.30 | 1. memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, | | S: Keluarga pasien mengatakan pasien sesak, O: Pasien tampak sesak tanpa aktivitas, RR: 23x/m, batuk non produktif, sputum tidak keluar, terdengar bunyi nafas ronchi pada lobus kanan atas paru. |
| | | | 09.00 | 2. melakukan fisioterapi dada, | | A : Masalah belum teratasi |
| | | | 09.30 | 3. menginstruksikan cara melakukan batuk efektif, | | |
| | | | 10.00 | 4. mengasukultasi suara napas, | | |
| | | | 10.30 | 5. memonitoring status pernapasan dan oksigen | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|------|--|-------------------------------------------|
| | | | | asi. | | asi. P:Semuaintervensid ilanjutkan. |
|--|--|--|--|------|--|-------------------------------------------|